



مؤسسة حمد الطبية  
Hamad Medical Corporation

صحة · تعليم · بحوث  
HEALTH · EDUCATION · RESEARCH

دائرة التحصيل والبطاقة الصحية

PATIENT ACCOUNTING DEPARTMENT

طلب بطاقة صحية

**HEALTH CARD APPLICATION**



HC NUMBER: HC08828316

NAME : MUHAMMAD RAFA ALFARUQ

NATIONALITY : Indonesian

DOB : 24/09/2014

GENDER : Male

HC Expiry :



1. Medical Records No. \_\_\_\_\_ رقم الملف الطبي : ١

Women's Hospital No. \_\_\_\_\_ رقم مستشفى النساء : \_\_\_\_\_

2. Primary Health Centre No. \_\_\_\_\_ رقم المركز الصحي : ٢

3. Health Centre Code No. \_\_\_\_\_ رمز المركز الصحي : ٣

4. Full Name \_\_\_\_\_ الاسم بالكامل : ٤

الأول الأب الجد العائنة

First Father G. Father Family

5. Date of Birth \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد : ٥

Day Month Year السنة الشهر اليوم

6. Age \_\_\_\_\_ Blood Group \_\_\_\_\_ فصيلة الدم \_\_\_\_\_ العمر : ٦

7. Nationality \_\_\_\_\_ 8. Sex \_\_\_\_\_ الجنس : ٨ - الجنسية : ٧

9. Marital Status \_\_\_\_\_ الحالة الاجتماعية : ٩

10. Work Address \_\_\_\_\_ عنوان العمل : ١٠

11. Home Address \_\_\_\_\_ عنوان المنزل : ١١

12. Home Telephone \_\_\_\_\_ Office Tel \_\_\_\_\_ تلفون المنزل : تلفون العمل : ١٢

13. Name & Address of Next of Kin \_\_\_\_\_ اسم وعنوان أقرب المقربين : ١٣

14. Next of kin Telephone \_\_\_\_\_ تلفون أقرب شخص إليك : ١٤

15. Name & Address of Sponsor/Employer \_\_\_\_\_ اسم وعنوان الكفيل : ١٥

16. ID Number \_\_\_\_\_ رقم البطاقة الشخصية : ١٦

17. Visa Status (Resident/Visitor): \_\_\_\_\_ نوع الإقامة : (مقيم/زائر) : ١٧

Applicant's Signature \_\_\_\_\_ توقيع صاحب الطلب :

**FOR OFFICE USE ONLY**

للاستعمال الرسمي فقط

CARD REF \_\_\_\_\_ EXPIRY DATE \_\_\_\_\_ RECEIPT \_\_\_\_\_

LOCATION \_\_\_\_\_ FEES \_\_\_\_\_

DATE \_\_\_\_\_ SIGNATURE \_\_\_\_\_

9600002521